

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N° 842

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude-Noël, Georges PARIS

Ex-Interne des Hôpitaux d'Orléans

Né le 17 Mai 1929, à MOLOY (Côte-d'Or)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PATHOLOGIE ET DE LA CHIRURGIE
DU LOBE GAUCHE DU FOIE

Président : Monsieur G. PATEL (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI^e

1960

2

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude-Noël, Georges PARIS

Né le 17 mai 1929

à Moloy (Côte d'Or)

Ex-Interne des Hôpitaux d'Orléans

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PATHOLOGIE ET DE LA CHIRURGIE
DU LOBE GAUCHE DU FOIE

-:-

Président : Monsieur G. PATEL (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN	Léon BINET
	Membre de l'Institut
ASSEESSEUR	Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur- (Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

MM.

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
(Broussais	GENNES (L. de)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
Cliniques médicales (Lariboisière	SOULIE (P)
(Pitié	DREYFUS (G)
(St-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
(Baudelocque	LACOMME (M)
Cliniques (Port-Royal	N...
obstétricales (Tarnier	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique thérap. chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérap. médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (oh. à t.pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

MM.

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t. pers.	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
	(GAUTHIER-VILLARS
Anatomie pathologique	((Melle P) pr.s.ch.
	(BUSSE (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
Anesthésiologie	(PAILLAS (J)
	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf.
	(SCHAPIRA (G) m.conf.
	(BOURLIERE (F) m.conf.
Biologie médicale	(DENOIX (P)
	(MATHE (G)
Carcinologie	DUPERRAT (B)
Dermato-Syphiligraphie	LEDOUX-LEBARD (G)
Electro-radiologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Embryologie	(BILSKI-PASQUIER (G)
Hématologie	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
	(MAROIS (M)
Histologie	(RACADOT (J)

	MM.
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L)pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DERAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C)pr.s.ch.
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L.)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G)agr.pers.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	(SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J)
Pathologie médicale	(CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHÉ (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H)m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P)
Pédiatrie-Puériculture	(POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J)pr.s.ch.
Pharmacologie	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J)pr.s.ch.
Physiologie	(DEJOURS (P) (GOUGEROT (L)m.conf.
Physique médicale	(KELLERSHON (KREIS (B)
Pneumo-phtisiologie	(PICHOT (P)
Psychiatrie	(DUCHE (D)
Psychiatrie infantile	(DELBARRE (F)
Rhumatologie	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A)m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
Urologie	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

MM.

Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.	SEZE (S.de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)		(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	Clinique obsté-	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)	tricale	(MERGER (P)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M.)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	pr.s.ch.	rhino-laryng.	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
Clinique médicale	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV -- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
 Biochimie médicale ETTORI (J) pr.à t.pe
 Pathologie chirurgicale RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J)
 Secrétaires Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
 Melle HURE (A).

Conservateur, chargé de la direction
 de la Bibliothèque M.le Dr HAHN (A)
 Conservateurs Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
 Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
 tions qui lui seront présentées, doivent être consi-
 dérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
 leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes très chers Parents,

Qui, pendant mes longues
études m'ont toujours sou-
tenu de toutes leurs forces.

A ma Femme,

A ma Fille,

A mon Fils,

Avec toute mon affection.

A mes Beaux-Parents,

Avec toutes mes pensées.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. PATEL,

Professeur de Technique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur CHEVEREAU,

A Monsieur le Docteur CHAPELET,

Qui, pendant sept années
m'ont enseigné avec une
patience et une gentil-
lesse dignes d'éloge
tout l'abc de la chirurgie.

A tous les Chirurgiens de l'Hôpital
d'Orléans,

Qui m'ont tant aidé à par-
faire ma formation chirur-
gicale.

A tous mes Maîtres
de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A Messieurs les Membres de mon
Jury de Thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA PATHOLOGIE ET DE LA CHIRURGIE
DU LOBE GAUCHE DU FOIE

- :-

- I -

INTRODUCTION

-:-

L'exérèse d'un fragment pathologique de la glande hépatique a été envisagée depuis plusieurs siècles, puisque dès le XVIIème siècle elle a été étudiée et réalisée expérimentalement et, dès le XVIIIème siècle, utilisée sur le plan clinique.

Mais, ce type d'hépatectomie était demeuré atypique ; et il fallut une meilleure connaissance de la topographie exacte des lobes et segments du foie, et aussi, et surtout, de la vascularisation particulière à ceux-ci, pour que l'on puisse concevoir et effectuer des résections typiques, réglées par des limites anatomiques : de ce fait, à la fois plus efficaces, et moins dangereuses, moins mutilantes.

C'est à la chirurgie moderne que revient le mérite de ces hépatectomies réglées, de ces exérèses segmentaires, de ces lobectomies, droite et gauche. Les recherches anatomiques ont en effet abouti à la conception, au niveau du foie, comme au niveau d'autres organes, poumon en particulier, de la division de la glande en unités macroscopiques, les segments, qui possèdent une autonomie vasculaire et fonctionnelle.

Mais, une fois établies les possibilités théoriques de l'exérèse chirurgicale d'un de ces segments, d'un de ces lobes, il se pose encore des problèmes d'ordre pratique,

qui ont longtemps paru insurmontables, et qui consistent à réaliser une hémostase satisfaisante : actuellement encore, la grande difficulté des lobectomies hépatiques relève des risques d'hémorragies.

En principe, la ligature du pédicule du segment à extirper suffit à réaliser l'exérèse de cette région avec une perte de sang relativement faible, et surtout sans dommage pour les autres segments. Parmi les interventions de résection hépatique, deux surtout sont actuellement bien codifiées :

Il s'agit de résection typique, non plus segmentaire, mais lobaire :

- . la lobectomie droite,
- . la lobectomie gauche. Celle-ci, à laquelle nous nous proposons de consacrer l'exposé qui suit, comporte l'ablation du foie gauche, et elle est dite totale lorsque le segment I est également enlevé, subtotale, dans le cas contraire. L'exérèse du classique lobe gauche est une zonectomie latérale gauche. Il est également possible de réaliser une segmentectomie, c'est-à-dire l'ablation isolée d'un segment. Nous verrons, plus loin, que d'autres modalités chirurgicales existent en outre, qui vont jusqu'à l'hépatectomie élargie, la zonectomie élargie.

Dans quels cas cliniques doit-on envisager une hépatectomie en général, et plus précisément une lobectomie gauche ?

Il peut s'agir d'une biopsie d'information, du traitement chirurgical d'une malformation congénitale du foie, du traitement d'une plaie, excision d'un segment en passant dans une plaie pénétrante, résection d'un segment lacéré, hépatectomie gauche pour lésions étendues. On peut avoir à traiter un abcès chro-

nique, amibien, un tuberculome, un kyste infecté, congénital, parasitaire, hydatique surtout, une tumeur enfin, bénigne et plus souvent maligne, primitive ou métastatique, par extension aussi d'un néo extra-hépatique. Dans les tumeurs bénignes nous trouvons diverses variétés anatomopathologiques, hépatome bénin, cholangiome bénin, cholangiohépatome, hémangiome, hémangioendothéliome ; dans les tumeurs malignes, des formes primitives, carcinome, hépatome malin, cholangiome malin, cholangio-hépatome malin, sarcome, tératome malin, tumeurs mixtes, enfin. Il est encore possible qu'une hépatectomie se pose dans la réalisation d'une cholangio-jéjunostomie intra-hépatique.

o

En ce qui concerne plus particulièrement l'hépatectomie gauche, sa première réalisation fut l'oeuvre de LANGENBUCH en 1888. Ce chirurgien réussit à exciser avec succès 300 grammes de tissu hépatique du lobe gauche chez une femme. Il s'agissait d'une masse de tissu déformée et saillante, résultant du port d'un corset serré, à la mode de l'époque. A. BRUNSCHWIG, de New-York, qui rappelait ces faits au XVIème Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, consacré, en 1955 à l'Hépatectomie, disait qu'en 55 années 1900-1955, son collaborateur DON CLARK avait réuni, dans la littérature médicale mondiale, plus de 1000 publications concernant l'exérèse de néoplasmes hépatiques par l'hépatectomie réglée. On voit donc qu'à la suite de l'observation princeps de LANGENBUCH en 1888, les opérateurs s'enhardirent au point de multiplier ces délicates interventions.

Par la suite, et grâce aux travaux consacrés à l'architecture anatomique et chirur-

gicale du foie, l'hépatectomie put être réalisée dans les meilleures conditions, SENEQUE, ROUX, CHATELAIN, HUGUENARD réalisant une hépatectomie gauche avec une hémostase satisfaisante, MIALARET et COUINAUD faisant état de lobectomies gauches.

C. COUINAUD, en particulier, fit avancer nos connaissances de la vascularisation du foie, du foie gauche en particulier (1952) ; en 1953 LAPEYRE et ses collaborateurs publièrent le résultat de leurs recherches radiologiques et tomographiques dans le diagnostic des tumeurs du lobe gauche. COUINAUD donnait en 1954 une description détaillée des lobes et segments hépatiques susceptible de faciliter la tâche du chirurgien. En 1955, le XVIème Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, tenant ses assises à Copenhague, consacrait une série de rapports, de communications et de discussions à l'hépatectomie. J. PATEL et COUINAUD rappelèrent les bases anatomiques des résections hépatiques réglées, PAOLUCCI énuméra les arguments en faveur de ces exérèses, RAXEN en montra l'aspect clinique, MELKINOV les aspects biologiques, LORTAT-JACOB et H. ROBERT les applications pratiques et les indications, A. BRUNSCHWIG les résultats dans le traitement des cancers primitifs du foie.

En 1955 encore, BOURGEON et ses collaborateurs pratiquaient une lobectomie réglée du foie gauche lors d'une intervention complexe intéressant à la fois l'estomac, la rate et le pancréas.

En 1956, S. CHIEPPA publiait un cas de résection du lobe hépatique gauche pour sarcome, et l'année suivante, HILLEMAND, J. PATEL et leurs collaborateurs apportaient un cas de kyste hydatique du foie gauche avec migration

et croissance sous-péritonéale. De 1957 également date une observation de BOUCHERON et collaborateurs sur un abcès amibien rompu en péritoine libre, et de localisation initiale lobaire gauche. L'intervention, bien que tardive (trentième heure) apporta la guérison. MIZUKAMI, en 1958, décrit la technique de la résection du lobe gauche du foie. Cette même année, LAGROT et CORIAT apportent une observation de kyste hydatique volumineux occupant le lobe hépatique gauche, tandis que chez le malade de J. SENEQUE et Ch. DEBRAY, un cancer primitif du lobe hépatique gauche fut traité par la lobectomie gauche réglée. Citons encore, en 1959, l'étude de A. BRUNSCHWIG sur les lobectomies hépatiques, et la description anatomique de VANDOOREN et CHANTEPIE d'un lobe hépatique gauche rudimentaire.

o

Aux acquisitions anatomiques de ces dernières années, il faut ajouter les progrès dans les techniques chirurgicales, en particulier dans l'hémostase, mais aussi l'amélioration de l'anesthésie-réanimation, des soins opératoires en particulier sur le plan biologique, enfin les moyens de lutte et de prévention de l'infection : toutes ces avances dans les différents domaines autorisant aujourd'hui l'hépatectomie réglée dans des conditions qui eussent encore paru irréalisables, il y a peu de temps. Il ne s'agit donc plus d'une intervention d'exception, et c'est pourquoi, au seuil de notre carrière médicale, et sur le conseil de nos Maîtres, nous avons décidé de consacrer à la question un modeste exposé. Celui-ci comprendra :

- tout d'abord, un rappel anatomique des lobes et segments hépatiques et de leur vascularisation particulière, autonome ; dont

la connaissance est la condition même de la réalisation et de la réussite de la lobectomie hépatique gauche ;

- puis nous montrerons ce que sont actuellement les résections hépatiques réglées, et en particulier la lobectomie gauche, dont nous verrons ensuite les indications et les résultats dans les lésions limitées au lobe gauche, kystes et tumeurs malignes essentiellement.

-:-

- II -

RAPPEL ANATOMIQUE

-:-

Classiquement, en se fondant sur la morphologie extérieure du foie, on avait décrit quatre lobes, un lobe gauche, un lobe droit, un lobe carré, un lobe caudé. Distinction exacte et justifiée en ce qui concerne la face inférieure de la glande, mais qui se transforme, si l'on regarde la face supérieure, en lobe droit et lobe gauche. Si l'on a parlé de lobes hépatiques, c'est sans doute par analogie avec les lobes pulmonaires, mais ces derniers sont séparés par de profondes scissures, alors que le foie est un organe plein, massif, compact (COUINAUD) ; pourtant, nous allons le voir, il ne s'agit pas d'un organe continu, et en fait, son ordonnance rappelle celle du poumon, mais les délimitations des lobes et des segments ne sont pas apparentes de l'extérieur, mais reposent sur des dispositions internes intéressant les éléments vasculo-biliaires.

L'analogie entre foie et poumon est d'ailleurs plus profonde qu'il n'apparaît d'après l'aspect extérieur des deux organes et, chez l'animal, des scissures hépatiques, accolées chez l'homme, rendent compte de la justification des lobes et segments, disposition indéniable lorsqu'on étudie la répartition des éléments vasculo-biliaires dans le parenchyme : veine porte, voie biliaire, artère hépatique, vont en effet se diviser en un certain nombre

de pédicules lobaires et segmentaires, les troncs principaux des veines sus-hépatiques se trouvant intercalés aux différents lobes et segments, la circulation de retour étant interposée à la distribution segmentaire des vaisseaux afférents et du système canaliculaire. La ligature opératoire des éléments afférents d'un pédicule provoque un changement de couleur immédiat, très net, délimitant exactement le segment ou le lobe indiqué par les données anatomiques. De même, la section à la limite du territoire ainsi anoxié permet de reconnaître le tronc de la veine sus-hépatique, l'hémostase réalisée par la ligature du pédicule glissonnien est d'une si grande perfection que la tranche est pratiquement exsangue, comme SENEQUE et ROUX l'ont constaté dans l'hépatectomie gauche et MIALARET et COUINAUD dans une lobectomie gauche. Entre les différents éléments anatomiques du foie, il n'existe pas de communication, et s'il existe des anastomoses artérielles, elles se localisent dans l'enveloppe fibreuse du foie ou dans l'épaisseur de la plaque glissonnienne. Chaque segment, chaque lobe forme donc une entité topographique pratiquement indépendante. Pourtant, le réseau sinusöïde paraît continu au travers de toute la masse hépatique, et la scissure, à l'opposé de celle du poumon "ne représenterait qu'une sorte de ligne de partage d'irrigation et de drainage biliaire entre deux pédicules voisins sinusöïdes" (COUINAUD). Lorsqu'on pratique une exérèse hépatique réglée, une segmentectomie, que ce soit expérimentalement chez le Chien, ou chirurgicalement chez l'homme, bien des faits observés invoquent les exérèses pulmonaires : changement de couleur limité à un lobe correspondant bien à la région irriguée par le tronc vasculaire ligaturé, tranche exsangue. Le plan scissural du foie n'en reste pas moins virtuel,

puisque ni macroscopiquement, ni histologiquement, on ne distingue de travées conjonctives entourant l'unité physiologique de l'organe ; mais ce sont des expressions physiologiques d'irrigation et de drainage qui font néanmoins admettre cette notion de scissures.

Il est donc admis, et depuis longtemps, que le foie connaît une ordonnance lobaire et segmentaire. On admet actuellement, sur le plan anatomo-chirurgical, quatre territoires hépatiques déterminés par des scissures :

- La scissure principale suit le fond de la fossette cystique, coupe le hile, aboutit à la veine sus-hépatique droite, divise la glande en foie droit et en foie gauche.

Chacun de ces foies se subdivise à son tour :

Le lobe gauche est séparé du foie gauche par une scissure, la scissure gauche ;

Entre la scissure principale et la scissure gauche, s'étend le lobe para-médian gauche ou segment IV, répondant à la totalité du lobe carré augmenté du versant gauche du lit vésiculaire dans sa partie antérieure ;

Le foie droit est divisé en deux territoires, l'un est latéro-inférieur, le plus externe, l'autre centro-supérieur, le plus proche de la scissure principale, dit aussi lobe para-médian droit, délimité par une scissure droite.

Les quatre territoires hépatiques peuvent encore être scindés en un certain nombre de segments. C'est ainsi que le lobe gauche présente deux pédicules glissonniens antérieur et postérieur qui permettent de distinguer

deux segments : II postérieur, III antérieur. Le lobe paramédian constitue un seul segment du point de vue chirurgical : le segment IV, encore que 4 sous-segments aient été décrits par HEALEY, subdivision qui n'est pas admise par tous les auteurs. Le segment V correspond au territoire irrigué par les branches antérieures de la veine centro-supérieure. Les segments VI et VII constituent le territoire latéro-inférieur. Le segment VIII qui correspond aux branches postérieures de la veine centro-supérieure comprend le reste du territoire centro-supérieur.

On met à part le lobe caudé, le processus caudé et le parenchyme sous-jacent. Ce territoire présente un segment qui appartient au foie droit et un segment qui appartient au foie gauche, mais sa limite extérieure est difficile à préciser. Il appartient donc tantôt au foie droit, tantôt au foie gauche, selon la position du lobe caudé par rapport au tronc porte ; on désigne ce territoire sous le nom de segment I.

Il y a donc au total trois scissures, quatre territoires principaux et huit segments. Dans les scissures, entre les segments, les troncs principaux des veines sus-hépatiques assurent la circulation de retour. Tous les éléments d'irrigation et d'écoulement biliaire partent du hile, sont enveloppés dans la capsule de Glisson qui envoie avec les vaisseaux autant de prolongements dans les différents segments. L'ouverture des scissures permet l'abord trans-hépatique par en haut de ces éléments, et comme pour le poumon, on dispose de deux voies :

- . La voie hilare,
- . La voie scissurale.

Le problème de la symétrie des foies droit

et gauche a été longtemps discuté. On admet actuellement que la segmentation et le mode de distribution des pédicules par rapport au plan de la scissure principale affectent en effet une nette symétrie (RAPP). Le lobe gauche et le territoire latéro-inférieur qui sont les parties les plus extrêmes du foie sont constitués chacun de deux segments antérieur et postérieur. Dans le lobe gauche, les deux pédicules sont distincts, dans le territoire latéro-inférieur, ils ne sont distincts que dans la proportion de 50 p. 100, en ce qui sens qu'il existe une veine pour chaque segment, et sur les autres spécimens, plusieurs veines naissent du bord antérieur de la veine latéro-inférieure, destinées au segment antérieur VI. Sur le plan chirurgical, le lobe et le territoire sont extirpables par dissection hilaire seule, et on ne peut réséquer isolément le segment antérieur III à gauche, VI à droite, ni procéder à l'ablation seule du segment postérieur, II ou VII ; qui interrompt le tronc de veines sus-hépatiques importantes. La scissure gauche qui sépare le lobe gauche du reste du foie est inclinée selon un angle dont le sinus est ouvert à gauche, tandis que la scissure droite, qui délimite le territoire latéro-inférieur possède un sinus ouvert à droite. Par rapport à la scissure principale, ces deux angles s'ouvrent donc de façon symétrique et divergente.

Les analogies et la symétrie se retrouvent entre le territoire centro-supérieur et le segment IV, qui siègent de part et d'autre de la scissure principale, en particulier en ce qui concerne la disposition veineuse. Sur le plan chirurgical, ces deux segments ne peuvent être extirpés par la seule voie hilaire et il faut ouvrir les scissures et passer par une voie extra-glissonnienne afin d'obtenir une hémostase satisfaisante.

Entre les deux foies droit et gauche, on trouve donc une symétrie frappante dans la disposition segmentaire, et dans la distribution des pédicules portes. Ce sont des facteurs vraisemblablement mécaniques de voisinage qui assurent chez l'homme un développement prédominant du lobe droit avec une régression du lobe gauche très variable d'ailleurs ; il existe des foies gauches plus volumineux que le foie droit. Mais il existe également des foies gauches très atrophies, C'est ainsi que M. Van DOOREN et G. CHANTEPIE de Tours, ont rencontré au cours d'une intervention pour ulcère du pylore, chez une femme de 53 ans, un foie à lobe gauche très rudimentaire : il était, en effet, réduit à une languette de deux centimètres de large et de 0,5 cm d'épaisseur, de couleur chamois.

Les études anatomiques, topographiques, les constatations chirurgicales, établissent donc la réalité, dans le foie, d'un certain nombre de lobes et de segments qui chacun possède des pédicules glissonniens bien déterminés et une circulation de retour. Une scissure principale sépare la glande en foie droit et foie gauche, ce qui correspond aux territoires de distribution des deux branches de la veine porte. Chaque foie comporte un lobe paramédian et un lobe latéral, le lobe latéral gauche correspondant ainsi au classique "lobe gauche du foie".

Dans ces lobes, on peut encore reconnaître en subdivision, des segments qui sont au nombre total de huit.

Il existe enfin une certaine symétrie du foie par rapport à la scissure principale, symétrie qui concerne aussi bien l'ordonnance segmentaire que l'ordonnance lobaire et

que la distribution des pédicules glissonniens.

PATEL, COUINAUD, concluent que :

"La répartition du foie en lobes et en segments possédant leurs pédicules propres est donc bien une réalité".

C'est en partant de cette réalité que l'on a pu mettre au point les hépatectomies réglées, et en particulier la lobectomie gauche qui nous intéresse tout particulièrement ici. Nous allons lui consacrer les pages qui suivent.

- III -

LES RESECTIONS HEPATIQUES REGLEES
ET LA LOBECTOMIE GAUCHE

-:-

La répartition de la glande hépatique en lobes et en segments, chacun dotés de leurs pédicules propres, a permis d'envisager des résections bien délimitées du foie, selon le siège de la lésion qu'il s'agit de traiter.

C'est avant tout la distribution segmentaire du pédicule glissonnien du foie qui permet d'envisager un certain nombre de résections hépatiques par ligature première des pédicules vasculaires : technique qui, d'une part assure une hémostase de sécurité, d'autre part respecte les éléments vasculo-biliaires du parenchyme restant.

J. PATTEL a défini comme suit les principales hépatectomies, exérèses segmentaires réglées sur des bases anatomiques :

- les hépatectomies droite et gauche, qui représentent l'ablation du foie droit ou du foie gauche : l'hépatectomie gauche est totale lorsqu'elle emporte également le segment I ; elle est dite subtotale lorsqu'elle le laisse en place ;
- les zonectomies avec leurs quatre variétés :
zonectomie latérale gauche, qui représente l'exérèse du classique lobe gauche ;

zonectomie paramédiane gauche ;
zonectomie paramédiane droite ;
zonectomie latérale droite.

- les segmentectomies qui représentent une ablation limitée à une partie seulement d'une zone. On peut ici concevoir les exérèses isolées des segments I (lobe caudé et parenchyme sous-jacent) III (segment antérieur de la zone latérale gauche), VI (segment antérieur de la zone latérale droite) qui sont toutes techniquement possibles. Par contre, les exérèses suivantes sont irréalisables : segment II (segment postérieur de la zone latérale gauche) ; segments VII et VIII (segments postérieurs des zones paramédiane et latérale droites respectivement) et la disposition vasculaire oblige ici à la zonectomie.
- l'hépatectomie intermédiaire, ablation en bloc des zones paramédianes droite et gauche ;
- les hépatectomies élargies, qui comportent l'hépatectomie, droite ou gauche, et en outre l'exérèse de la zone paramédiane du côté opposé ;
- les zonectomies élargies enfin, ablation d'une zone et d'un segment adjacent, zone paramédiane gauche et segment III par exemple.

Ces résections réglées topographiquement s'opposent donc aux résections atypiques d'autrefois.

Les voies d'abord sont soit hilaires, soit scissurales : certaines hépatectomies réglées pourront recourir indifféremment à l'une ou l'autre voie, alors que d'autres ne peuvent être effectuées que par une seule voie,

et que d'autres enfin nécessitent conjointement les deux voies d'abord.

Il faut, en effet, se rappeler que le pédicule glissonnien est compris, au niveau du hile, dans une épaisse couche conjonctive, dite plaque hilaire, qui est l'élément principal de la capsule de Glisson ; chacun des pédicules, zonaires ou segmentaires, pénètre dans le foie et évagine aux dépens de cette plaque une gaine conjonctive dite gaine glissonnienne. Les pédicules pourront donc être abordés soit par le hile, par la face inférieure de la capsule : et c'est la voie hilaire, soit par la face supérieure dans la gaine glissonnienne, et c'est la voie scissurale, qui, pour être réalisée, nécessite l'ouverture première des scissures du foie.

Le principe de la résection du foie tient donc avant tout compte d'une hémostase parfaite, puisque l'hémorragie demeure le problème majeur de la résection du lobe gauche qui nous occupe. Les moyens proposés sont multiples, infiltration de la zone de résection par des vasoconstricteurs et des hémostatiques, compression digitale, sutures en escalier, ligature en masse, compression aortique, pincement du ligament hépato-duodéal. En fait, la ligature propre des vaisseaux est le seul remède efficace jusqu'ici proposé ; ligature des vaisseaux et du canal hépatique gauche au hile, à la manière de WENDEL, ligature de la veine hépatique gauche après section du ligament coronaire et luxation du foie.

MELKINOV a fait état d'une technique de résection non sanglante du foie, mise au point par PENSKI et KOUZNETSOV... en 1894 par des expériences sur l'animal ;

Le principe en question consiste à pratiquer, à travers toute l'épaisseur du foie, et au niveau où l'on se propose de réaliser la résection, une suture continue par points en U passée à l'aide d'une grande aiguille ronde et mousse ; le fil est lié de manière à traverser intégralement le parenchyme du foie. Ainsi, tous les vaisseaux hépatiques à ce niveau sont rassemblés en faisceaux et l'hémorragie s'arrête presque complètement. Mais, en suturant, il faut toujours tenir strictement compte de la répartition des vaisseaux internes du foie, en deux systèmes topographiques : veines portes, artères hépatiques, canaux biliaires et vaisseaux lymphatiques d'une part, ensemble qui forme comme un faisceau homogène dont la capsule de Glisson constitue l'enveloppe ; système des veines hépatiques d'autre part.

Si l'on fait une ablation partielle du lobe gauche on se bornera à ligaturer près du hile les gros vaisseaux seulement.

MIZUKAMI ayant essayé tous les procédés susceptibles de réduire l'hémorragie lors de la lobectomie hépatique gauche, y compris la section au bistouri électrique, a préféré, au cours de ses 35 dernières résections, sur un total de 45, le pincement du lobe gauche au moyen d'une forte pince de Kocher ou de Péan : il saisit le bord antérieur du lobe gauche avec une pince de Péan, l'attire en avant, pour couper aisément le ligament coronaire, luxe le lobe ; au long de l'implantation du ligament falciforme, à courte distance de son versant gauche et parallèlement à lui, il place une puissante pince de Kocher, en ayant soin de ne pas déchirer la capsule ; il coupe le lobe à 1 cm ou 1,5 cm de celle-ci. Il pince alors un à un les vaisseaux et canaux visibles, et les lie ; il met encore deux ou

trois gros points transfixiants, et enlève la pince. Il tapisse enfin avec soin la surface cruentée de péritoine, épiploon, ligament falciforme. Sur le Chien, la résection après asséchement du lobe gauche, sans hypothermie, lui a donné 40 survies sur 45 animaux traités par ligature des vaisseaux hilaires. La résection par asséchement total du foie (pincement temporaire des vaisseaux du hile et de la veine cave inférieure sans hypothermie) a été supportée par 40 animaux sur 45. L'injection d'artérénol, l'introduction dans la veine porte de sang suroxygéné, dès la remise en circuit du foie, ont permis de lutter contre une chute massive de la tension artérielle et le danger d'une hypoxie cérébrale irréversible. Aucune nécrose hépatique secondaire, aucun trouble irréversible de la fonction hépatique n'ont été observés dans les suites.

A. BRUNSCHWIG rappelle le risque hémorragique des interventions de résection hépatique, et la nécessité pour l'éviter d'une réduction du débit sanguin dans le lobe intéressé avant son excision. Il mentionne les deux types de lobectomies: -la technique ancienne, qui sectionne à travers la base du lobe et réalise une amputation de type guillotine ;

-l'exérèse contrôlée, qui comporte la mobilisation du lobe et la ligature des principaux vaisseaux afférents et efférents, avant la section du parenchyme hépatique, le principe de cette technique ayant été mis au point et appliqué par HUARD et MAYER MAY, en 1936, pour une lobectomie gauche pour abcès. BRUNSCHWIG a ainsi réalisé douze hépatectomies gauches pour néos primitifs ou secondaires, ou pour extension

intra-hépatique d'un cancer gastrique.

HEDRI a réalisé quatre hépatectomies gauches réglées avec quatre succès.

Citons enfin la toute récente statistique de A. BRUNSCHWIG (1959) concernant 75 cas de cancers hépatiques de types divers, traités par des interventions d'exérèse :

- . 20 fois une lobectomie hépatique droite,
- . 14 fois une lobectomie gauche.

Dans deux de ces 14 cas, la lobectomie hépatique gauche complétait une gastrectomie radicale pour cancer de l'estomac. Un des malades a survécu un an, l'autre plus de 17 ans.

Dans deux cas la lobectomie hépatique gauche a été faite en même temps qu'une résection de moignon gastrique et d'anses jéjunales pour cancer gastrique récidivant, avec une survie d'environ six mois.

Huit malades ont subi une lobectomie hépatique gauche pour cancer métastatique originaire du côlon, de l'utérus ou du sein.

On compte ici deux décès opératoires, et chez six malades la survie a varié de six à vingt trois mois.

Un malade porteur d'un cancer de la voie biliaire principale a survécu 18 mois, un autre atteint d'un angiosarcome primitif était encore en vie et en bon état neuf mois après la lobectomie gauche.

C'est donc davantage par la gravité de la maladie causale que par l'importance de la

lobectomie gauche que sont conditionnés les décès.

La lobectomie gauche, correctement effectuée doit être bien tolérée.

-:-

- IV -

INDICATIONS ET RESULTATS DE LA
LOBECTOMIE GAUCHE

-:-

Il est bien évident qu'avant de décider une lobectomie gauche, il faut avoir localisé à ce niveau la lésion que l'on se propose d'aborder. Or, les techniques radiologiques pour l'étude du lobe gauche du foie donnent des renseignements très aléatoires et souvent trompeurs. La pneumo-stratigraphie abdominale, par contre, apporte des précisions intéressantes. Suivant la morphologie et la topographie de la glande hépatique, l'insufflation gastrique ou colique associée à l'exopéritoine ou au pneumo-péritoine permet les tomogrammes frontaux et transversaux, d'objectiver d'une façon particulièrement nette et précise, le lobe gauche du foie et les formations pathologiques qui le concernent, en dissociant les opacités splénique, rénales, pancréatique, ou gastrique. La pneumo-stratigraphie abdominale permet de faciliter la préparation du malade et de préciser la voie d'accès la plus appropriée à la localisation de la lésion à exciser.

L'hépatectomie, la lobectomie gauches, sont indiquées le plus souvent en cas de kyste ou de tumeur primitive ou secondaire métastatique. Une lésion du lobe gauche commande davantage une lobectomie, qu'une exé-

rèse limitée. RAWEN qui a utilisé largement la lobectomie gauche, a insisté sur la survie qui est possible dans cette intervention pour cancer ; il émet des hypothèses sur les possibilités de régénération hépatique et sur le rétablissement des fonctions hépatiques après ablation du lobe gauche.

Sur 63 lobectomies pour cancer, BRUNSCHWIG dénombre 12 hépatectomies gauches pour cancers primitifs ou secondaires ou pour extension intra-hépatique d'un cancer gastrique.

BROSS a procédé à une hépatectomie gauche pour hépatoblastome chez un garçon de deux ans et demi paraissant 5 ans et une puberté précoce.

LORTAT-JACOB a insisté sur le rôle des hépatectomies réglées dans les tumeurs bénignes surtout les kystes hydatiques, les tumeurs bénignes non énucléables, adénomes solitaires, hémangiomes, cholangiomes kystiques, lymphangiomes, enfin tumeurs malignes primitives, hépatomes, ou secondaires, ou encore métastatiques.

MELNIKOV a fait état de lobectomies dans 24 cas de kystes hydatiques, bien que l'extirpation du kyste avec sa capsule fibreuse, sans résection, ait été souvent possible :

- Une hépatectomie gauche pour kyste hydatique a été suivie d'un décès 18 mois plus tard, mais par récurrence ,

- Une résection pour hémangiome isolé a été suivie d'une guérison complète.

HILLEMAND a réussi à traiter un kyste hy-

datique du foie gauche par ouverture de la poche, marsupialisation sur un drain sans exérèse hépatique.

On était intervenu sur le diagnostic de tumeur du mésentère, probable, sans en préciser la nature. Cet auteur insiste sur la rareté de la localisation des kystes hydatiques au lobe gauche du foie.

Il y avait eu migration rétro-péritonéale, ce qui avait encore compliqué le diagnostic.

La localisation du kyste hydatique au lobe gauche est dix fois moins fréquente qu'au niveau du lobe droit, ce qui peut s'expliquer de différentes façons :

- Dans la grande majorité des cas, le foie droit est beaucoup plus volumineux que le foie gauche et la direction de la branche porte droite qui continue celle du tronc principal est également un facteur qui favorise la localisation à droite, puisque la voie d'arrivée de l'embryon hexacanthé est précisément ce tronc principal.

Par la méthode des injections, GLENARD et SIRAUD ont montré que chaque lobe reçoit du sang d'une des branches portes. Dans ce kyste gauche rompu dans les voies biliaires et migrant dans l'espace rétropéritonéal, le traitement chirurgical de choix était la marsupialisation du diverticule déclivé extra-hépatique, l'exérèse de la poche rétropéritonéale limitée par des organes et des vaisseaux étant très souvent impossible.

La fistule kysto-biliaire est de plus un espoir de guérison par drainage spontané.

La seconde indication des hépatectomies gauches, après les kystes parasitaires ou non est représentée par des tumeurs, et plus particulièrement par les cancers, primitifs, secondaires, métastatiques.

Sur 63 opérations de tumeurs hépatiques bénignes et malignes, primitives et secondaires, BRUNSCHWIG a dénombré :

- Dans 3 cas, une simple laparotomie exploratrice, la tumeur primitive étant inextirpable.

- Dans 16 cas, une exérèse de tumeur hépatique primitive bénigne ou maligne,

- Dans 44 cas, l'exérèse d'une tumeur hépatique secondaire, unique ou multiple.

Les cancers primitifs ou secondaires, ou les extensions au foie d'un cancer gastrique, ont été traités par BRUNSCHWIG par la lobectomie gauche dans 12 cas.

J. SENEQUE et Ch. DEBRAY ont dû intervenir dans une observation de tumeur maligne primitive du foie : histologiquement il s'agissait d'un épithélioma trabéculaire ou hépatome malin occupant le lobe gauche du foie.

L'intervention a consisté en une lobectomie gauche réglée, emportant le lobe gauche et le lobe carré.

La lobectomie a été suivie d'une guérison opératoire.

A cette observation personnelle, les auteurs ont ajouté 16 observations publiées d'hépatectomie pour cancer,

. dont 12 hépatectomies droites avec 11 dites réglées, et

. 4 lobectomies gauches.

Ce matériel anatomo-clinique et chirurgical nous permet de distinguer les trois types essentiels de cancer primitif du foie susceptibles d'être justiciables de l'hépatectomie gauche réglée :

- . l'épithélioma trabéculaire,
- . le cholangio-carcinome,
- enfin, la forme mixte, dite
- . hépato-angiocarcinome, et qui est la plus fréquente.

Quant aux variétés macroscopiques, elles comportent :

- . le cancer massif, classique cancer dit en amande, survenant le plus souvent sur un foie non cirrhotique ; et
- . le cancer multinodulaire, plus fréquent, presque toujours associé à des lésions cirrhotiques.

Dans les conditions étiologiques d'apparition du cancer primitif du foie, il faut noter son extrême fréquence dans certaines races, les Noirs, les Jaunes des régions tropicales, la rareté du cancer hépatique chez l'enfant. Aussi le cas de V. BROSS et St. KOCZOKOWSKI, concernant un hépatoblastome chez un petit garçon, les trois observations de KURT STUCKE concernant trois résections chez l'enfant, méritent-ils d'être signalés pour leur caractère assez exceptionnel.

Chez l'enfant, ces cancers primitifs du foie connaissent généralement une évolution rapide, et l'on peut se demander si la lobectomie la ralentit suffisamment pour être tentée.

Chez l'adulte, le cancer primitif du lobe gauche - comme de toute autre localisation hépatique - donne un syndrome qui comporte :

- . des douleurs,
 - . des troubles généraux,
 - . de la fièvre,
 - . parfois un ictère,
 - . la présence d'une tumeur abdominale,
- que la palpation et la radiologie permettent de localiser au niveau du foie.

Voici, très éloquent, le cas rapporté par SABINO CHIEPPA de Bologne :

Il s'agit de l'observation d'un homme âgé de trente ans, atteint d'une légère insuffisance hépatique et présentant de temps à autre de violentes crises douloureuses et que l'on a longtemps considérées comme étant des coliques hépatiques.

Cependant il ne s'est produit ni fièvre, ni ictère, ni ascite.

Lorsque le malade est vu et examiné, on trouve un foie un peu gros. Sur les clichés radiographiques, on constate une mauvaise imprégnation barytée de la grosse tubérosité, simulant un cancer gastrique du pôle supérieur.

On intervient et l'opération découvre alors la tumeur du foie : on procède à la résection subtotalaire du lobe gauche, ce qui entraîne l'ablation d'une tumeur complètement encapsulée, du volume de la tête d'un fœtus, et pesant 500 grammes.

Le diagnostic histologique a été : réticulo-sarcome.

Mais une récurrence locale intervient après

l'intervention, et le malade décède en cachexie 3 mois plus tard.

L'évolution est variable, elle est souvent rapide, et même, dans la race noire, aiguë ou au contraire plus lente dans d'autres cas.

L'évolution livrée à elle-même risque de se compliquer surtout d'hémorragies extrêmement graves, qu'elles soient digestives ou intra-péritonéales.

Le diagnostic exact est difficile, et comporte plusieurs temps :

Il faut d'abord reconnaître la nature, bénigne ou maligne, de la lésion, mais surtout son siège hépatique, ensuite, on recherchera s'il s'agit d'une tumeur primitive ou secondaire, et finalement on cherchera à préciser sa formule anatomopathologique. La ponction-biopsie pratiquée de préférence sous laparotomie, n'a de valeur que si elle donne une réponse primitive.

Si l'ensemble de ces éléments fait conclure à une tumeur maligne primitive, on recherchera l'existence d'éventuelles métastases, et l'on évaluera la résistance du malade en effectuant un bilan biologique et fonctionnel aussi complet que possible. Puis on recherchera à préciser l'extension intra-hépatique de la tumeur au moyen des différentes méthodes d'hépatographie, mais en fait, la seule méthode de certitude reste la laparotomie exploratrice avec biopsie.

A ce moment, l'hépatectomie réglée apparaît comme la méthode de choix, avec abord primitif du hile. Même si par bonheur on réussit à intervenir précocement, au premier

stade de son développement, il n'en faut pas moins recourir à l'ablation du lobe gauche ; le pronostic opératoire est bon, et des survies de durée et de qualité surprenantes sont assez souvent obtenues.

Naturellement les conditions seront beaucoup moins favorables en cas de cancers secondaires.

Il peut s'agir :

- . de l'extension intra-hépatique d'un néoplasme de voisinage ;
- . de métastases apportées par voie sanguine.

Dans le premier cas, la résection radicale, en un seul bloc, du néo et des tissus envahis donne parfois de bons résultats.

Mais, dans le second cas et en l'absence de biopsie, il est impossible de porter un diagnostic précis sur un nodule hépatique découvert au cours d'une laparotomie.

D'ailleurs, la fréquence des métastases solitaires ou des métastases multiples varie avec le type du cancer primitif.

La lobectomie gauche, lorsque la lésion intéresse le lobe gauche, avec la mobilisation de l'organe, la mise en évidence, puis la ligature et la section des branches gauches de la veine porte et de l'artère hépatique, de l'hépatique gauche et des veines sus-hépatiques, puis la péritonisation de la tranche de section hépatique, enfin la fermeture de la plaie, a pu donner des résultats heureux dans le cancer primitif du lobe gauche surtout si la lobectomie a eu lieu précocement.

- V -

CONCLUSIONS

-:-

I - L'exérèse d'une partie limitée du parenchyme hépatique a été tentée expérimentalement, puis en clinique humaine, depuis longtemps, déjà. Mais une meilleure connaissance de l'architecture du foie, en permettant de préciser l'existence d'ailleurs plus fonctionnelle, plus vasculaire qu'anatomique, de lobes, de segments et de scissures, a abouti à la mise au point d'hépatectomies réglées, et en particulier de lobectomies.

Nous avons précisé les bases anatomiques de la chirurgie du lobe gauche du foie.

II - Après avoir rappelé les techniques opératoires susceptibles de procéder à l'exérèse du lobe gauche lorsque la lésion pathologique y a été localisée, nous avons insisté sur le risque essentiel de ces interventions, l'hémorragie, sur les moyens d'hémostase, de ligatures vasculaires, qui doivent la limiter ou même totalement l'éviter. Selon les circonstances, on saura s'adresser à la voie d'abord hilare ou scissurale, parfois d'ailleurs associées.

III - A côté d'indications rares, biopsies, malformations congénitales, parfois plaies traumatiques, abcès chroniques, nous trouvons surtout, à l'origine des lo-

bectomies gauches :

. les kystes en particulier parasitaires, hydatiques,

. les tumeurs bénignes ou malignes, primitives ou secondaires, métastatiques aussi. La lobectomie gauche pour cancer est généralement bien tolérée, et elle est susceptible d'assurer des survies de qualité et de durée surprenantes, la mort survenant du fait du néoplasme et non de la suppression d'un territoire hépatique : ce que l'on a expliqué par les possibilités de régénération hépatique et la reprise d'une fonction satisfaisante de l'organe.

--:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
Signé : G. PATEL	Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- BOUCHERON, RAYMOND, BLANCHARD, COUINOT
Rupture en péritoine libre d'un abcès amibien du lobe gauche du foie. Intervention à la trentième heure, guérison.
Soc. des Chirurgiens de Paris, 25 février 1957
- R. BOURGEON, M. GUNTZ, J. ZEROLO
Gastrectomie totale avec splénectomie, hémipancreatéctomie et lobectomie réglée du foie gauche.
Soc. de Chirurg. Alger, 22 Octobre 1955
- A. BRUNSCHWIG
Hépatectomies droite et gauche et autres opérations sur le foie, pour néoplasmes primitifs et secondaires.
XVIème Congrès Soc. Int. Chirur. Copenhague, Juillet 1955
- A. BRUNSCHWIG
Hépatie lobectomy
Amer. Journ. Surg. XCVII, pages 148-150, fév. 1959
- S. CHIEPPA
Résection du lobe gauche du foie pour sarcome.
Archivio Ital. Chir. LXXX, pages 121, 136, 1956

C. COUINAUD

Etude de la vascularisation du foie. I
Foie gauche.
Société anatomique de Paris
14 février 1952

C. COUINAUD

Lobes et segments hépatiques. Notes
sur l'architecture anatomique et chirurgicale du foie.
Presse Méd. LXII pages 709-712
5 mai 1954

LANGENBUCH

1888 (première hépatectomie partielle)

P. HILLEMAND, J. PATEL, J. LATASTE,

M. PREMONT, J. DURON

Migration et croissance sous-péritonéale d'un kyste hydatique du foie gauche.
Presse Méd. LXV pages 2125-2127
25 décembre 1957.

F. LAGROT, P. CORIAT

Volumineux kyste hydatique du lobe gauche du foie.
Soc. Chir. Alger, 15 mars 1958

M. LAPEYRE R. COLIN, P. BETOULIERES

CARABALONA, M. PELISSIER, F. LEVERE

Exploration radiologique du lobe gauche du foie. Intérêt de la tomographie dans le diagnostic des tumeurs.
Soc. Electroradiol. Méd., littoral
Méd. Novembre 1953

J.L. LORTAT-JACOB, H. ROBERT

Hépatectomie.
XVIème Congrès Soc. Int. Chir.
Copenhague 1955.

A. MELKINOV

Les résections du foie (clinique, laboratoire et anatomie tomographique)
XVIème Congrès Soc. Int. Chir.
Copenhague 1955.

T. MIZUKAMI

Technique de la résection du lobe gauche du foie.
Zentralbl. Chir. LXXXIII pages 1159-1161. 1958.

PAOLUCCI

Présentation des arguments en faveur de l'hépatectomie.
XVIème Congrès Soc. Int. Chir.
Copenhague 1955

J. PATEL, C. COUINAUD

Bases anatomiques des résections hépatiques réglées.
XVIème Congrès Soc. Int. Chir.
Copenhague 1955.

R.W. RAWEN

L'hépatectomie (Clinique)
XVIème Congrès Soc. Int. Chir.
Copenhague 1955

J. SENEQUE, Ch. DEBRAY

Cancer primitif du lobe gauche du foie traité par lobectomie gauche réglée.
Journal de Chirurgie LXXV pages 5-22
Janvier 1958

M. Van DOOREN, G. CHANTEPIE

Foie à lobe gauche rudimentaire.
Soc. Anat. Paris 26 février 1959.

TABLE DES MATIERES

- :-

Pages

I - Introduction	17
II - Rappel anatomique	23
III - Les résections hépatiques réglées et la lobectomie gauche	30
IV - Indications et résultats de la lobectomie gauche	37
V - Conclusions	45
VI - Bibliographie	47

- :-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

